

Діагностичні помилки маніфестного сифілісу

Ляшенко І.Н.,[†] Бондар С.А.,[†] Анфілова М.Р.,[†] Труніна Т.І.,[‡] Пархоменко І.Л.,[†] Краснощоків Є.С.,[†] Зелена Т.Г.,[#] Іващук Т.В.,[#] Скиба Т.Є.[§]

[†] Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

[‡] Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

[#] Вінницький обласний шкірно-венерологічний диспансер

[§] Вінницький обласний онкологічний центр

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ МАНИФЕСТНОГО СИФИЛИСА

Ляшенко И.Н., Бондарь С.А., Анфилова М.Р., Трунина Т.И., Пархоменко И.Л., Краснощекоев Е.С., Зелёная Т.Г., Иващук Т.В., Скиба Т.Е.

Описаны и проанализированы основные ошибки врачей разных специальностей в диагностике сифилитической инфекции.

THE CLINICAL SYPHILIS DIAGNOSTIC PITFALLS

Lyashenko I.N., Bondar S.A., Anfilova M.R., Trunina T.I., Parkhomenko I.L., Krasno-shchokov Ye. S., Zelena T.G., Ivashchuk T.V., Skiba T. Ye.

The principal pitfalls of doctors of various specialties in diagnosing all the forms of syphilis are described and analyzed.

Вступ. Незважаючи на багаторічні спеціальні клініко-лабораторні дослідження захворювань, що розповсюджуються статевим шляхом, статистичні показники їх, у тому числі, сифілісу, на сьогоднішній час залишаються досить суттєвими, хоча з даною патологією ведеться уніфікована боротьба (диспансеризація). Поряд з іншими інфекціями, сифіліс продовжує залишатися серйозною загрозою для здоров'я населення [1, 7].

Сучасні дослідження свідчать про те, що клінічний перебіг та епідеміологія сифілітичної інфекції змінилися. Це відмітив ще у 1929 р. німецький венеролог Гелльпах, увівши термін патоморфоз (патос – страждання, хвороба; морфе – вид, форма); термін був запропонований у зв'язку зі змінами клініки та патогенезу захворювання під впливом активної хіміотерапії препаратами миш'яку та вісмуту. Під «патоморфозом» мається на увазі загальні зміни в перебігу захворювання, які настали під впливом різних факторів [12]. Пізніше радянський вчений Я. Л. Раппопорт аргументовано і детально охарактеризував поняття «патоморфоз», виділивши причини та різновиди даного медико-біологічного феномену [12, 17].

У наш час у структурі захворювань на сифіліс суттєву частку (до 40 %) складає прихований сифіліс [5, 10], що може бути причиною виникнення специфічних уражень внутрішніх органів, нервової системи, внутрішньоутробної загибелі плоду, природженого сифілісу, [2, 4, 6, 11]. Вважають, що дані зміни настали в результаті широкого застосування в медицині антибіотиків, зокрема в лікуванні та профілактиці сифілітичної інфекції (як наслідок, знизилась вірулентність блідої трепонеми і реакція організму людини на вторгнення збудника захворювання в організм), а також впливу екологічних факторів, масових профілактичних і лікувальних заходів, соціально-побутових змін тощо [4, 5, 13].

Результати дослідження Захворюваність на сифіліс підтримується багатьма причинами; визначне місце серед них займають діагностичні помилки. При проведенні аналізу 387 хворих з проявами раннього маніфестного сифілісу виявлено 47 діагностичних помилок [8]; сифіліс не діагностували:

- дерматовенерологи – у 12 (25,5 %) хворих;
- акушер-гінекологи – у 9 (19,2 %);
- хірурги і травматологи – по 8 (17 %);

- отоларингологи – у трьох (6,3 %);
- урологи – у двох (4,2 %);
- онкологи, фтизіатри, проктологи, офтальмологи – по одному хворому (2,1 %).

Отже, найчастіше помиляються дерматовенерологи. Придаючи вагоме значення в розповсюдженні сифілітичної інфекції діагностичним помилкам, ми вирішили повідомити свої спостереження.

Хворий Ш., 45 років, звернувся до терапевта зі скаргами на біль і тиснення в області епігастріума, які виникли 7 днів тому без видимих причин, відрижку з неприсмним запахом, нудоту, блювоту темною блювотною рідиною, відсутність апетиту, запаморочення, слабкість. Рентгенологічне обстеження показало рак пілоричної зони шлунка. Хворий був направлений до онкоцентру, де була проведена біопсія з результатом: серед некротичного детриту – комплекси клітин залозистого раку з ослизненням. Був встановлений діагноз: Рак шлунка (залозистого епітелію). Рекомендовано оперативне лікування до отримання результатів серологічного обстеження на сифіліс. Після резекції шлунка були отримані різко позитивні серологічні аналізи крові – *RW*, *PIF*, *PIBT*.

Огляд дерматовенеролога:

- виразковий шанкер на статевому органі;
 - паховий бубон;
 - на шкірі тулуба, кінцівок – рясна розеольозна висипка;
 - сифілітична ангіна;
 - полі аденіт;
 - сифілітична алопеція;
 - у райцерумі з виразки виявлено біду спірохети.
- Діагноз.: Сифіліс вторинний свіжий з ураженням шлунка.

За класифікацією сифілісу шлунка [2, 6] виділяють:

1. Ранні захворювання (сифіліс I, II)
2. Пізній сифіліс (сифіліс III, природжений, прихований пізній).

Патогістологія резектованого шлунка: Обширні виразки слизової оболонки шлунка з дифузною запальною інфільтрацією переважно плазматичними клітинами з домішками нейтрофільних лейкоцитів і продуктивним васкулітом, некроз стінок судин. Патологічний процес локалізується в слизовій оболонці; у м'язовому шарі – вогнища інфільтрації.

Аналогічні зміни в біоптаті до операції. У лімфатичних вузлах – виражена фолікулярна гіперплазія.

Була призначена протисифілітична терапія. Хворий лікування переніс добре.

Сифіліс у патології ока є причиною різних захворювань усіх відділів даного органу. Бліда трепонема – збудник сифілісу майже завжди потрапляє до органу зору ендегенним шляхом.

За даними різних авторів, найчастіше уражається рогівка (6-44 %) у вигляді:

- дифузного паренхіматозного кератиту;
- крапкового кератиту;
- пустулоподібного глибокого кератиту Фукса;
- гумозного кератиту.

Сифіліс ока в 10-15 % випадків спричиняє сліпоту [3, 17]. Глибоку всебічну характеристику сифілітичного захворювання ока зробили офтальмологи [2, 14]. Сифіліс ока зустрічається досить нечасто. Приводимо наше спостереження.

Хвора К., 43 роки, не працює, запрошена на обстеження, як статевий контакт свого чоловіка, який лікувався в ОШВД з приводу сифілісу прихованого раннього. У хворій К. з боку шкіри, слизових оболонок, лімфатичних вузлів – ознак активних проявів сифілісу не виявлено, а серологічні реакції крові різко позитивні. Діагностовано ранній прихований сифіліс. Хвора скаржилась на різке зниження зору лівого ока, що почалось розвиватися півроку тому. Звернувшись до офтальмолога, який діагностував екзогенний кератит. Серологічне обстеження крові на сифіліс не проводилось. Призначені очні краплі не допомогли. Зір продовжував погіршуватись. При надходженні до стаціонару ВОШВД не бачила пальців на руках. Консультація офтальмолога – люетичний інтерстиціальний кератит. Праве око – без змін. Рекомендовано лікування основного захворювання.

Після проведеної специфічної терапії зір лівого ока поліпшився, але повністю не відновився; розрізняє пальці на руці. Титр серологічних реакцій знизився. Хвора продовжує лікування в офтальмолога.

За даними авторів, частота екстрагенітальних шанкерів (на будь-якій ділянці шкіри та слизових оболонок) коливається від 1,5 до 10,8 %, причому найбільш часто вони локалізуються в області рота та заднього проходу [5, 7, 9, 17]. Нестатеві шанкери в епідемічному відношенні найбільш небезпечні в плані побутового зараження сифілісом. Діагностичні помилки при екстрагенітальних шанкерах пояснюються не тільки їх нетиповою локалізацією, але й особливістю клінічної картини. Шанкери верхньої губи проявляються у вигляді виразки чи ерозії, нерідко імітують імпетигінозне, травматичне, герпетичне ураження, а при вираженому інфільтраті – епітеліому. Регіонарні лімфатичні вузли (підщелепні) різко збільшені, болючі [9, 15]. У зв'язку з труднощами діагностики приводимо наші спостереження.

Хвора К., 30 років, розлучена, не працює, поступила в ОШВД зі скаргами на ураження верхньої губи. Суб'єктивно – біль, печіння. Захворіла через 4 тижні після орального сексу з невідомим водієм.

Через тиждень після виникнення на верхній губі виразки звернулася до дерматовенеролога, який призначив експрес-діагностику сифілісу – негативний результат. Діагностовано: Простий герпес. Призначено місцеве лікування, яке ефекту не дало. Була направлена на консультацію до онколога. Рак губи не встановлено. Хвора була оглянута лікарем ЛОР, який діагностував хронічну виразку верхньої губи. Хвору проконсультував стоматолог: піогранульома верхньої губи. У хворі взяли кров на *RW*: результат позитивний (4+). Хвора була направлена в ОШВД.

Має двох дочок (10 та 8 років), які проживають у бабусі. Співмешканець обстежений – здоровий; проведено превентивне лікування.

Об'єктивно: на середині верхньої губи – виразка з чіткими межами, правильної округлої форми, до 1 см у діаметрі, покрита геморагічною кірочкою. Пальпаторно визначається цупкий інфільтрат основи; виразка припіднята. Навколо виразки гіперемія, набряк; зів – яскраво червоного кольору. Збільшені підщелепні лімфатичні вузли – до 2 см, рухомі, болять; шкіра над ними не змінена. Доступні пальпації лімфовузлів збільшені, рухомі, безболісні. На шкірі тулуба рясна розеольозна висипка, на волосистій частині голови дрібновогнищева алопеція. *RW*, *РІФ*, *РІБТ* – позитивні; у вмісті з виразки біла трепонема знайдена. Мікроскопічне та культуральне дослідження виділень із геніталій – без патології. Антитіла до *ВІІ* не виявлені. Загальний аналіз крові, сечі – без змін. Діагноз: Сифіліс II свіжий. Призначено специфічне лікування, яке хвора переносила добре. Виразка зарубцювалася через 8 діб від початку лікування. Залишився атрофічний рубець; серологічні реакції негативувались.

Представлений випадок помилки в діагностиці екстрагенітального твердого шанкеру свідчить про необхідність ретельного вивчення анамнезу захворювання, бо перше серодослідження хворій було проведено в період сифілісу I серонегативного, який розвинувся в сифіліс II свіжий.

Хворий 45 років, інженер, розлучений, не працює, поступив у стаціонар ВОШВД з діагнозом: Сифіліс I серопозитивний. Шість тижнів тому запросив незнайому жінку. Він виявив у неї пухлини в області

геніталій і виділення. Інтимний контакт не відбувся. Через 3 тижні на середній фаланзі середнього пальця правої руки у хворого з'явився вузлик інтенсивно червоного кольору, який через дві доби перетворився у виразку. Звернувся до хірурга, який поставив діагноз: Піодермія. Призначено зовнішнє лікування 1-відсотковим спиртовим розчином бриліантового зеленого та синтомициновою маззю. Лікувався впродовж тижня, але поліпшення не настало, навпаки, виразка збільшилась у розмірі, збільшились ліктьові лімфатичні вузли справа. Був направлений на консультацію до дерматовенеролога з діагнозом: Піодермія. Дані серологічного обстеження крові: *RW* – різко позитивна (4+), *РІФ*, *РІБТ* – негативні. При надходженні до стаціонару, об'єктивно: На тильній поверхні шкіри середньої фаланги середнього пальця правої руки виразка в діаметрі до 1 см, правильної округлої форми з чіткими рівними краями, безболісна, на цупкому інфільтраті, з блискучою поверхнею. У серумі біла трепонема не знайдена, так як проводилось зовнішнє лікування. В області правого ліктьового суглоба збільшені 2 лімфатичні вузли, діаметром 2,5 см, із гладенькою поверхнею, нечутливі, рухливі. Шкіра та слизові оболонки, доступні пальпації лімфовузлів, волосся – без патологічних змін.

Діагноз: Сифіліс I серопозитивний, екстрагенітальний твердий шанкер на середньому пальці правої руки, ліктьовий бубон справа.

При обстеженні партнерки діагностовано: Сифіліс II рецидивний. В області геніталій, ануса – широкі кондиломи, деякі ерозовані. На шкірі тулуба – нерясна анулярна розеола, у пахвинних ямках фокусно розташовані поодинокі лентікулярні ерозовані папули, на волосистій частині голови – дрібновогнищева алопеція. Доступні пальпації лімфовузлів не збільшені. Результати серологічного обстеження крові: *RW*, *РІФ*, *РІБТ* різко позитивні. Хворіє 5 тижнів. Останній статевий контакт був пізніше тому з невідомим партнером. Призначена специфічна терапія. Після другої ін'єкції пеніциліну – різко виражена реакція Лукашевича-Яриша-Герксгеймера (температура 40,2°C, головний біль, запаморочення).

Усі хворі ефективно лікувались за схемою МОЗ України від 7 червня 2004 р.

Висновки

Помилки в діагностиці сифілісу суттєво подовжують діагностичний процес – від 3 до 7 місяців; це трапляється внаслідок таких причин:

1. Втрата настороженості щодо хвороби. На даний період відмічається зниження захворюваності, але через певний проміжок часу слід очікувати підвищення, бо для сифілісу характерна циклічність (цикл 11-12 років). Можливо, це пов'язане з сонячною активністю [16].

2. Недбалий, неухважний первинний огляд хворих.

3. Недостатньо вивчається анамнез захворювання.

4. Фахівці різного профілю, у тому числі дерматовенерологи, недостатньо інформовані про клінічні прояви сифілітичної інфекції в наш час, особливо – при екстрагенітальній локалізації сифілідів.

5. Не відбувається обговорення діагностичних помилок на сумісних науково-практичних конференціях дерматовенерологів, терапевтів, хірургів, акушер-гінекологів, стоматологів, онкологів та ін.

6. Невиконання постанов, рішень керівних органів охорони здоров'я.

7. Поверхневого ставлення більшості людей до захворювань, що передаються статевим шляхом, та впевненості у їх виліковності та нешкідливості для здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аствацатуров К.А. Сифилис, его диагностика и лечение. – М.: Медицина, 1971. – 245 с.
2. Коган-Ясный В.М. Висцеральный сифилис. – М.: Практическая медицина, 1939. – 355 с.
3. Лосева В.А., Цыганкова Е.П. Поражение органов зрения при раннем сифилисе / Тезисы научных работ VIII Всероссийского съезда дерматовенерологов. – Ч. 2. – М., 2001. – С. 26.
4. Мавров Г.И., Голубенко Т.В. Влияние сифилиса на течение беременности и внутриутробное развитие плода // Дерматология та венерология. – 2002 – № 4 (18). – С. 41–43.
5. Мавров И.И. Половые болезни: Руковод. – Харьков: Факт. – 2005. – 760 с.
6. Мавров Г.И. Проблемы современной сифилидологии // Дерматол. та венерол. – 2006. – № 2 (32). – С. 9–23.
7. Мавров И.И. Состояние проблемы заболеваний, передающихся половым путем // Дерматол. та венерол. – 2003. – № 3 (17). – С. 3–10.
8. Мавров Г.И., Щербакова Ю.В., Губенко Т.В. Случай позднего висцерального сифилиса // Дерматол. та венерол. – 2008. – № 2 (40). – С. 63–66.
9. Милич М.В. Эволюция сифилиса. – М.: Медицина, 1987. – 160 с.
10. Мавлютова Г.И. Анализ диагностических ошибок, допущенных в отношении больных ранним манифестным сифилисом / Тез. науч. работ X Всерос. съезда дерматовенерологов. 7-10 октября 2008 г. – С. 54–55.
11. Пискалова Т.П., Крыленко Л.В., Бивалькевич В.Г. Сифилитический гепатит // Русский журнал кожных и венерических болезней. – 2000. – № 4. – С. 59–60.
12. Раппопорт Я.Л. Патоморфоз / БМЭ. – 1961. – Т. 23. – С.352–516.
13. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни: Руковод. для врачей. – Т. 4. – М.: Медицина, 1996. – 352 с.
14. Тальковский С. Кератит / БМЭ. – 1959. – Т. 12. – С. 608–631.
15. Ткач В.Є., Кириленко І.І., Мотуляк А.П., Кириленко Н.В. Помилки лікаря-стоматолога в діагностиці гострих форм сифілісу // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2008. – № 1–2 (10). – С. 62–63.
16. Чижевский А.Л. Земное эхо солнечных бурь. – М.: Медицина, 1976. – 339 с.
17. Шапошников Ю.К. Венерические болезни. – М.: Медицина, 1991. – 544 с.